



Caso clínico

Cuerpos textiles retenidos en la pared torácica. Una situación infrecuente

Carlos M. Abril^a y Carlos A. Mestres^{b,*}^a Department of General Surgery, Digestive Disease Institute, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos^b Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, Heart and Vascular Institute, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de octubre de 2016

Aceptado el 7 de diciembre de 2016

On-line el 7 de abril de 2017

Palabras clave:

Cuerpo extraño

Textil

Pared torácica

RESUMEN

Los cuerpos extraños retenidos después de intervenciones quirúrgicas son una complicación potencialmente grave. Se presenta el caso de una paciente de 63 años con imagen de densidad aumentada en radiología simple de tórax tras una intervención en región axilar derecha 3 años antes. En la reintervención se extrajo una masa fibrótica que resultó ser una compresa quirúrgica con material radioopaco. Se discuten los problemas relacionados con cuerpos retenidos.

© 2017 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Retained textile foreign body in the chest wall. An unusual condition

ABSTRACT

Retained foreign bodies after surgery are a potentially serious complication. The case is presented of a 63-year-old female with an image with increased density in the plain chest X-ray after a previous operation in the right axillary region three years earlier. On re-operation a fibrotic mass was removed. This was a surgical sponge with a radio-opaque marker. Problems related to retained foreign bodies are discussed.

© 2017 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Los cuerpos extraños de origen textil (CET) retenidos después de procedimientos quirúrgicos son una complicación conocida y potencialmente grave. En la literatura inglesa se conocen como «gossypibomas» o «textilomas». La palabra «textiloma» no está reconocida en el Diccionario de la Real Academia Española en su 23.^a edición del Tricentenario¹. Provocan reacción de cuerpo extraño y tienen potencial de inducción de infección^{2,3}. Los CET son un problema de seguridad quirúrgica y tienen implicaciones medicolegales⁴. Si bien han sido comunicados con respecto a cualquier tipo de intervención y localización anatómica, los CET de la pared torácica son en extremo infrecuentes.

Esta paciente de 63 años tiene historia de hipertensión arterial, dislipidemia y cardiopatía isquémica intervenida mediante doble derivación coronaria 11 años antes. Acudió a consulta para la valoración quirúrgica de hernia epigástrica. Además de dolor epigástrico, refería disnea de esfuerzo, por lo que se practicó radiología simple de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral. En la misma se apreciaron cambios postoperatorios con la presencia de alambres de osteosíntesis esternal y una imagen de densidad aumentada, indicativa de hilo opaco en las partes blandas del hemitórax derecho (fig. 1 a y b). En relación con estos

hallazgos radiológicos, la paciente describió una intervención quirúrgica previa a nivel axilar derecho realizada tres años antes en otra institución radicada en otro país. La información proporcionada por la paciente sugería la escisión de un lipoma de pared torácica. Desde entonces refería sensación de pesadez e inflamación a este nivel, que se había intensificado en los 4 meses anteriores a la consulta. El estudio ecográfico confirmó una masa hipoecoica, bien definida en la pared torácica que sugería fibrosis y la existencia de hilo radioopaco (fig. 2 a). La historia clínica, la exploración física y la radiología de tórax simple y el estudio ecográfico de la pared torácica se consideraron suficientes para una intervención exploratoria. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, practicándose reparación de hernia epigástrica mediante colocación de malla de polipropileno. En el mismo acto quirúrgico se procedió a la extirpación de la pared torácica de una masa fibrótica, no vascularizada, de 6,0 × 5,0 × 2,0 cm (fig. 2 b), que resultó ser una compresa quirúrgica con marcador radioopaco rodeada de una cápsula fibrosa rosácea de aproximadamente 10 mm de espesor y reacción de células gigantes con infiltrado histiocitario según el estudio histopatológico. Un año después de la intervención, la paciente ha sido investigada por sensación de mareo y presíncope, por lo que se le implantó un monitor de registro continuo de electrocardiograma que no ha confirmado arritmias. No ha tenido queja adicional con respecto a la corrección de la hernia epigástrica y de la extirpación del CET.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: MestreC@ClevelandClinicAbuDhabi.ae (C.A. Mestres).

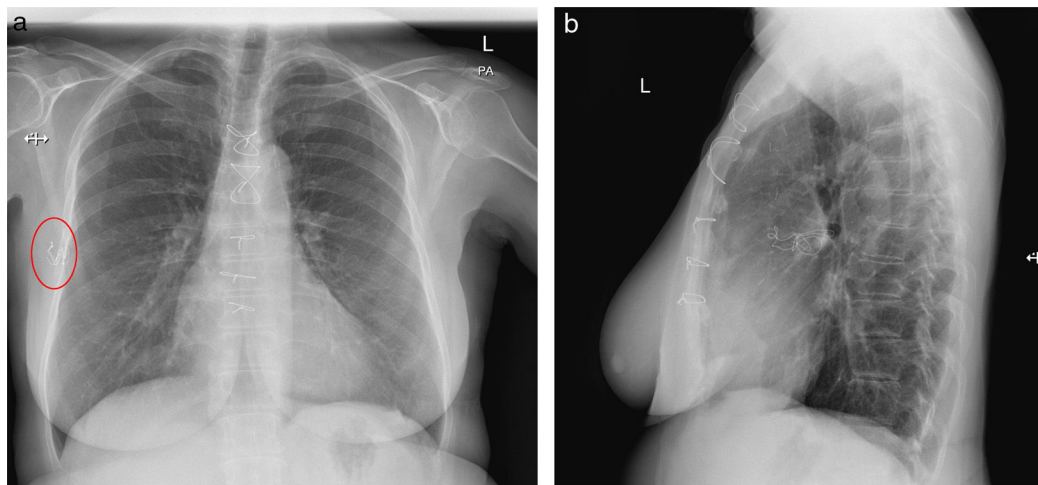


Figura 1. a) Radiografía de tórax postero-anterior. Nótese la imagen en hemitórax derecho. b) Radiografía de tórax en proyección lateral. Hilo radioopaco sugiriendo cuerpo extraño.

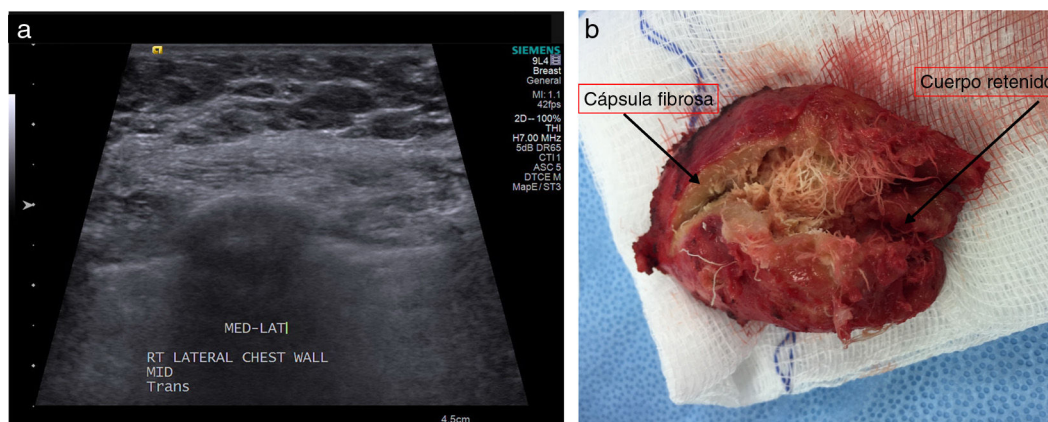


Figura 2. a) Estudio ecográfico sugiriendo masa hipoeoica. b) Pieza quirúrgica. Cápsula fibrosa y cuerpo retenido.

Los cuerpos extraños retenidos después de intervenciones quirúrgicas se detectan después de procedimientos quirúrgicos de todo tipo y en cualquier localización anatómica⁵. Se detectan aproximadamente entre 1/5.500 y 1/7.000 intervenciones según diversas estadísticas^{6,7}. Al tratarse de un tema de seguridad quirúrgica, su prevención está contemplada en guías de práctica clínica internacionales como las del American College of Surgeons⁸. Los CET son infrecuentes en el tórax y más cuando se detectan en la propia pared torácica. Las comunicaciones existentes en general se refieren a cuerpos extraños no textiles, como parafina⁹, relacionados con el tratamiento de lesiones tuberculosas antiguas, en la actualidad en desuso. Las comunicaciones con respecto a los CET de la pared torácica tras intervenciones sobre la mama u otras patologías^{9,10} son anecdóticas, por no decir excepcionales. Como es habitual en los cuerpos extraños retenidos de todo tipo, la reacción es de fibrosis con histología de reacción de células gigantes e histiocitos. El tratamiento es quirúrgico, si no hay contraindicación formal. A pesar de que las posibilidades de retención de cuerpo extraño en la pared torácica son probablemente inferiores a las que se pueden esperar en una cavidad como la pleura o el peritoneo por las propias características anatómicas, hay que considerar este diagnóstico en masas subcutáneas de esta localización.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Bibliografía

1. Disponible en: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
2. Lever WF, Schaumborg-Lever G. Foreign body reactions. En: Cooke DB, Patterson D, Smith LD, Morris A, editores. *Histopathology of the skin*. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1990. p. 243.
3. Kang M, Tang L, Gao J. Computational modeling of phagocyte transmigration for foreign body responses to subcutaneous biomaterial implants in mice. *BMC Bioinformatics*. 2016;17:111. <http://dx.doi.org/10.1186/s12859-016-0947-3>
4. Gibbs VC, McGrath MH, Russell TR. The prevention of retained foreign bodies after surgery. *Bull Am Coll Surg*. 2005;90:12–4.
5. Recuero Díaz JL, Hernández Ferrández J, Menal Muñoz P, Royo Crespo I. An unusual foreign body in the thoracic wall. *Cir Esp*. 2012;90:e15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.01.023>. Epub 2011 Apr 27.
6. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps CAT. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2008;207:80e87.

7. Williams TL, Tung DT, Steelman VM, Chankg PK, Szekendi MK. Retained surgical sponges: Findings from incident reports and a cost-benefit analysis of radiofrequency Technology. *J Am Coll Surg.* 2014;219:354–64.
8. American College of Surgeons. Statement on the prevention of retained foreign bodies after surgery *JT Bull Am Coll Surgeons.* 2005;90:12–4.
9. Weissberg D, Weissberg-Kasav D. Foreign bodies in pleura and chest wall. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:958–61.
10. Fukai I, Sano M, Niwa H, Hasegawa Y, Mizuno T, Masaoka A. Giant chest wall tumor resulting from tissue reaction to foreign bodies. *Ann Thorac Surg.* 1990;50:754–6.